

AMBITO TERRITORIALE DEL DISTRETTO DI DALMINE

**Comuni di Azzano S.Paolo, Boltiere, Ciserano, Comun
Nuovo, Curno, Dalmine, Lallio, Levate, Mozzo, Osio
Sopra, Osio Sotto, Stezzano, Treviolo, Urgnano,
Verdellino, Verdello e Zanica**

PIANO DI ZONA DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI **anno 2002 – 2004**

Febbraio 2003

INDICE

<i>1. PREMESSA</i>	<i>Pag.1</i>
<i>2. I PRINCIPI SEGUITI NELLA REDAZIONE DEL PIANO DI ZONA</i>	<i>Pag.3</i>
<i>3. IL PERCORSO DI REDAZIONE DEL PIANO DI ZONA</i>	<i>Pag.5</i>
<i>4. DURATA E VALIDITA' DEL PIANO</i>	<i>Pag.8</i>
<i>5. I CONTENUTI DEL PIANO DI ZONA DELL'AMBITO TERRITORIALE DI DALMINE</i>	<i>Pag.9</i>
<i>5.a RILEVAZIONE DEI DATI</i>	<i>Pag.9</i>
<i>5.b OBIETTIVI STRATEGICI</i>	<i>Pag.10</i>
<i>5.c PRIORITA' DI INTERVENTO</i>	<i>Pag.13</i>
<i>5.d I PROGETTI</i>	<i>Pag.13</i>
<i>5.d.1 AREA MINORI</i>	<i>Pag.13</i>
<i>5.d.2 AREA ADULTI/IMMIGRATI/GRAVE EMERGINAZIONE</i>	<i>Pag.17</i>
<i>5.d.3 AREA DISABILI</i>	<i>Pag.20</i>
<i>5.d.4 AREA ANZIANI</i>	<i>Pag.24</i>
<i>5.d.5 AREA DIPENDENZE/PSICHIATRIA/AIDS</i>	<i>Pag.26</i>
<i>5.e AZIONI DI SISTEMA</i>	<i>Pag.27</i>
<i>5.f MODALITA' ORGANIZZATIVE</i>	<i>Pag.29</i>
<i>5.g RISORSE FINANZIARIE, STRUTTURALI ED UMANE</i>	<i>Pag.31</i>
<i>5.h MODALITA' DI INTEGRAZIONE, MODALITA' DI COLLABORAZIONE E DI COORDINAMENTO E DEFINIZIONE DI ACCORDI</i>	<i>Pag.34</i>
<i>ALLEGATO 1</i>	<i>Pag.35</i>
<i>ALLEGATO 2</i>	<i>Pag.36</i>

IL PIANO DI ZONA DELL'AMBITO TERRITORIALE DEL DISTRETTO DI DALMINE

1. PREMESSA

La redazione del piano di zona dei servizi sociali rappresenta una delle attuazioni, forse la più significativa, della Legge 8 novembre 2000, n°328 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*", la cui finalità generale è indicata nell'art.1, comma 1°:

"1. la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2,3, e 38 della Costituzione".

La legge quadro 328/00 delinea, all'art.19, i contenuti e le finalità del piano di zona, i soggetti promotori dello stesso, e cioè i comuni associati negli ambiti territoriali definiti dalla regione, e le modalità di adozione:

"1. I Comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3 lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'art. 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'art.18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:

- a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;*
- b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'art.8, c.3, lettera h);*
- c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'art.21;*
- d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;*
- e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;*
- f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;*
- g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'art.1, c.4.*

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'art.27 della legge 8 giugno 1990, n.142, e successive modificazioni, è volto:

- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;*
- b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);*
- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;*
- d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.*

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'art. 1, comma 4, e dell'art.10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano".

Nell'ambito dei contenuti sopra indicati, nel piano di zona devono essere comunque previsti alcuni servizi essenziali che ogni ambito territoriale deve garantire ai propri cittadini (Art.22 comma 4):

"In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'art.8, c.3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei famigliari;*
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e famigliari;*
- c) assistenza domiciliare;*
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;*
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario".*

Le disposizioni richiamate costituiscono pertanto la premessa normativa e il riferimento primo del processo di redazione del Piano di Zona del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'ambito territoriale del distretto socio-sanitario di Dalmine, che ricomprende i seguenti 17 comuni: Azzano S.Paolo, Boltiere, Ciserano, Comun Nuovo, Curno, Dalmine, Lallio, Levate, Mozzo, Osio Sopra, Osio Sotto, Stezzano, Treviolo, Urgnano, Verdello, Verdellino, Zanica.

2. I PRINCIPI SEGUITI NELLA REDAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Nel processo di redazione del Piano di zona oltre alle indicazioni normative prima illustrate sono stati assunti come riferimento alcuni principi ispiratori che hanno guidato i diversi soggetti coinvolti nella costruzione dell'atto di programmazione:

la prospettiva strutturale

L'idea che ha guidato il processo di attuazione della 328/00 è stata la consapevolezza che attraverso il Piano di zona non ci si limita ad un processo distributivo delle risorse aggiuntive, ma si pongono le premesse per una modifica strutturale del sistema dei servizi sociali, rappresentata innanzitutto dalla gestione associata dei servizi da parte dei Comuni e dalla possibilità di realizzare un'integrazione socio-sanitaria con l'ASL. In effetti sono queste le più significative finalità del piano previste dalla normativa (*"favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili"* e individuare *"le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale"*, definendo i *"criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende sanitarie locali e degli altri soggetti"*).

l'integrazione

La consapevolezza di una modifica strutturale del sistema si accompagna alla sfida dell'integrazione dei servizi e delle prestazioni sociali, di cui sono titolari soggetti diversi (comuni, ASL, provincia, cooperative sociali, associazioni, IPAB, fondazioni, ...). Il riconoscimento di questa complessità evidenzia la necessità dell'integrazione come dimensione strategica di governo del sistema dei servizi sociali; integrazione che si colloca su un piano istituzionale, organizzativo e professionale.

La coerenza alla prospettiva strutturale e all'integrazione hanno indirizzato la costruzione di un Piano di Zona attento alle dimensioni organizzative e all'implementazione di una struttura integrata, quale "impalcatura" attorno alla quale realizzare un nuovo sistema gestionale dei servizi.

l'autonomia dei comuni

La legge 328/00 si colloca nel solco di un processo normativo che, a partire dalla L.142/90 sino alla recente modifica del titolo V° della Costituzione, riconosce ai comuni la funzione di governo complessivo della comunità e nello specifico la competenza amministrativa generale nei servizi alla persona.

Tale autonomia comporta che le scelte di piano, compresa l'allocazione delle risorse, siano guidate dai bisogni, dalle esigenze e dai soggetti dell'ambito territoriale.

il coinvolgimento dei soggetti locali

Come già accennato sopra, il sistema dei servizi vede quali soggetti erogatori non solo i comuni ma anche cooperative sociali, associazioni, IPAB, fondazioni, ecc., che la 328/00 riconosce interlocutori privilegiati nella costruzione del piano di zona. Il loro coinvolgimento diventa pertanto una scelta obbligata, non solo in ossequio alla norma, ma anche sulla base del riconoscimento che questi soggetti, oltre che portatori di saperi, competenze e risorse, sono parte attiva della comunità locale.

Il coinvolgimento dei soggetti locali ha ispirato l'organigramma e il processo di redazione del piano nelle modalità di cui dopo si dirà.

la flessibilità del piano

Il Piano di zona dell'ambito territoriale di Dalmine contiene priorità, progetti ed azioni frutto di un percorso articolato e attento alle esigenze e ai bisogni che il territorio esprime. La complessità degli elementi in gioco non può che strutturare un piano di tipo flessibile, sperimentale e aperto alle modifiche che nel percorso di attuazione si

renderanno necessarie. Solo con questa prospettiva l'operazione del piano di zona è stata, e sarà, una fatica che operatori (pubblici e privati) e amministratori hanno sostenuto per lo sviluppo delle proprie comunità.

3. IL PERCORSO DI REDAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Può essere utile illustrare brevemente il percorso di redazione del piano di zona, in quanto vi è la consapevolezza che l'innovazione proposta dalla 328/00 non è legata soltanto ai contenuti del piano e quindi alla costruzione del sistema integrato, ma anche alle modalità di funzionamento del sistema stesso e cioè alla regolazione delle relazioni tra i vari soggetti, alla definizione dei processi decisionali e alla posizione che ciascuna realtà può giocare nel sistema integrato.

Da questo punto di vista il processo di redazione del piano ha dato alcune risposte, tali da prefigurare la modalità di funzionamento che il sistema dei servizi dell'ambito territoriale di Dalmine adotterà quando il sistema sarà a regime.

Il percorso può essere illustrato, per comodità di comprensione, in alcune fasi:

1. la conoscenza della legge 328/00 (gennaio – marzo 2002)

Su sollecitazione del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci dell'ASL della provincia di Bergamo si sono tenute presso le assemblee dei sindaci di ogni distretto degli incontri di presentazione della 328/00 e delle indicazioni elaborate per l'avvio del processo di redazione del Piano. In particolare è stata proposta l'attivazione di un Ufficio di Piano per la redazione dello stesso. L'assemblea dei sindaci a Dalmine si è svolta il 11.02.02.

durante questo periodo i tecnici comunali hanno approfondito alcune tematiche della legge, valutato le condizioni organizzative e proposto un organigramma di ufficio di Piano.

2. l'approvazione dell'organigramma dell'ufficio di Piano (marzo-aprile 2002)

L'assemblea dei sindaci del distretto il 15.04.02 ha approvato l'organigramma dell'ufficio di piano proposto dai tecnici comunali (allegato 1).

L'organigramma approvato risponde ad alcune caratteristiche del territorio: la presenza di diversi tecnici comunali, e quindi prevede una loro assemblea; l'ampiezza del territorio, che suggerisce l'articolazione dei lavori in più gruppi; la necessità di un raccordo stretto tra livello politico e tecnico mediante il comitato ristretto dei sindaci; la visione del percorso di redazione del piano come processo da gestire, per cui l'indicazione dell'ufficio di coordinamento di piano, composto soltanto dal responsabile e dal coordinatore sociale del distretto, e la previsione di gruppi di lavoro come vero luogo propositivo e di coinvolgimento dei soggetti territoriali.

3. il coinvolgimento dei soggetti territoriali (aprile-maggio 2002)

Definire gli attori da coinvolgere nel Piano di zona ha significato: a) comporre la mappa dei soggetti presenti sul territorio a diverso titolo coinvolti nel sistema dei servizi b) prefigurare il possibile ruolo dei diversi soggetti nell'impostazione complessiva dei servizi del territorio c) identificare la funzione di ogni soggetto definendo se si tratta di una presenza a titolo consultivo o decisorio.

I principi che hanno guidato il coinvolgimento dei soggetti territoriali sono quelli di ottenere un equilibrio tra democrazia partecipativa ed efficacia progettuale, e di delega e fiducia nella rappresentanza.

A tal fine sono stati previsti tre livelli di coinvolgimento:

- √ partecipazione: definizione delle regole del gioco e disegno delle soluzioni
indicatore: partecipazione diretta ai gruppi di lavoro
attori: che esprimono interessi e competenza rispetto al problema;
- √ consultazione: presentazione e adeguamenti delle soluzioni
indicatore: incontri di confronto

attori: che hanno interesse rispetto alla soluzione individuata;
√ informazione: conoscenza delle soluzioni
indicatore: assemblea informativa

attori: che esprimono qualche interesse rispetto al sociale.

Va ribadito che i diversi livelli di coinvolgimento non si pongono in termini gerarchici e non esprimono giudizi di valore.

Per determinare il grado di coinvolgimento di ogni soggetto presente sono stati poi utilizzati i seguenti criteri: a) disponibilità di risorse proprie b) radicamento territoriale c) essere portatori di un progetto d) competenza e conoscenza attorno all'area di intervento.

Sulla base di tutto quanto sopra è stata definito il sistema degli attori coinvolti nella redazione del piano di zona dell'ambito territoriale di Dalmine, come da allegato 2, approvato dall'assemblea dei sindaci il 13.05.02.

Questo disegno è stato presentato e socializzato in un incontro informativo pubblico ad Osio Sotto il 25 maggio 2002, a cui sono stati invitati tutti i soggetti territoriali potenzialmente interessati (comuni, ASL, Azienda ospedaliera, cooperative, parrocchie, sindacati, scuole, associazioni, IPAB, fondazioni e altri soggetti privati). Con le scuole e i sindacati sono stati anche organizzati incontri specifici per dirimere alcune incomprensioni evidenziate.

4. l'elaborazione di proposte (giugno 2002)

Istituiti i gruppi di lavoro per area sulla base della composizione come sopra definita, gli stessi hanno elaborato, sulla base di uno strumento di lavoro predisposto dai tecnici comunali, delle proposte di piano da sottoporre ai Sindaci per la stesura di una prima bozza. Le proposte, pensate a partire dai bisogni dei cittadini e dalla carenza di alcuni servizi, non si sono limitate ad indicare alcune generiche prospettive ma sono state accompagnate da un'analisi di fattibilità sul piano organizzativo, di intesa ed integrazione tra soggetti e di sostegno economico ovvero di allocazione delle risorse aggiuntive 328/00 e distribuzione degli oneri tra comuni e ASL. E' stato un lavoro intenso e proficuo che ha evidenziato come un'integrazione sia possibile.

Per ciascun gruppo di lavoro sono stati promossi due incontri nell'ultima quindicina di Giugno.

5. l'indice ragionato di piano (luglio 2002)

Sulla base delle proposte elaborate dai gruppi tecnici l'assemblea dei sindaci, previa analisi del comitato ristretto, ha approvato l'11 luglio 2002 l'indice ragionato di piano di zona, contenente le priorità e i progetti da finanziare con le risorse aggiuntive 328/00, della prima annualità del piano stesso. Tali priorità e progetti, ripresi quasi integralmente, costituiscono la parte fondamentale del presente piano.

6. la consultazione e l'approvazione del piano (settembre 2002)

Coerentemente a quanto previsto per il coinvolgimento dei soggetti territoriali prima dell'approvazione del piano, quest'ultimo è stato oggetto di consultazione, il giorno 25 settembre, con le organizzazioni per la quali è stata prevista questa modalità di coinvolgimento. Nell'incontro, oltre alla condivisione dei contenuti del piano, sono stati evidenziati in modo particolare i bisogni presenti sul territorio per i soggetti disabili: "dopo di noi", inserimento lavorativo, assistenza domiciliare.

Nell'assemblea dei sindaci del 26 settembre il piano è stato approvato e trasmesso all'ASL che dovrà esprimere la propria intesa. Nel corso della seduta è stato sottolineato il carattere strutturale dell'operazione Piano di Zona e nello stesso tempo il carattere flessibile dello stesso e quindi della necessità di una continua

verifica del percorso di attuazione, con la possibilità di introdurre modifiche sulla base delle rilevazioni che saranno effettate. Ciò in relazione anche alle richieste emerse nell'incontro di consultazione del giorno 25.09.02.

Da evidenziare che nel mese di settembre i gruppi tecnici hanno continuato ad incontrarsi con l'obiettivo di iniziare ad individuare le modalità di attuazione del piano nei suoi aspetti gestionali concreti. Applicazione che si preannuncia complessa e laboriosa, ancor più della fase progettuale.

4. DURATA E VALIDITA' DEL PIANO DI ZONA

La circolare della Regione Lombardia del 29.04.2002 prevede per il piano di zona una durata triennale: 2002-2004. Si stabilisce altresì che *"lo stesso prende avvio "operativo" nel momento in cui l'ASL dispone nei confronti dell'ambito distrettuale l'assegnazione del fondo per le politiche sociali"*:dicembre 2002 e quindi per problemi di accertamento dei bilanci comunali a gennaio/febbraio 2003. *"Le risorse rese disponibili vanno ripartite nel periodo di vigenza del Piano (2002-2004)"*.

Nella circolare regionale si rammenta inoltre *"che la prima annualità dei P.d.Z. godrà delle disponibilità di risorse riferite agli anni 2001 e 2002. Tale circostanza eccezionale non potrà ovviamente ripetersi nelle successive annualità, pertanto, si raccomanda al programmatore locale di tenerne debito conto al fine di garantire fattibilità/sostenibilità di quanto programmato"*.

Stante quanto indicato dalla circolare richiamata, concretamente, nel corso del 2003 dovrebbero essere disponibili le risorse degli anni 2001, 2002 e quelle dell'anno di competenza 2003.

Considerato che non vi sono al momento certezze circa i tempi di erogazione dei fondi 2[^] annualità nonché l'entità dei fondi 3[^] annualità, si stabilisce che, nell'ambito di una durata triennale del piano (2002-2004) e "operativamente" 2003-2005, lo stesso risulti vincolante da un punto di vista programmatico soltanto per la prima annualità, "ribaltando" gli stessi obiettivi e il piano finanziario agli anni successivi, assumendo l'impegno di una successiva ridefinizione del Piano di Zona per la seconda e terza annualità in presenza di nuove indicazioni e comunque entro settembre 2003.

Tale indicazione risulta del resto coerente al principio di flessibilità e sperimentazione con il quale si è voluto caratterizzare il presente Piano.

5. I CONTENUTI DEL PIANO DI ZONA DELL' AMBITO TERRITORIALE DI DALMINE

5.a RILEVAZIONE DEI DATI

I dati relativi ai principali fenomeni sociali e all'offerta dei servizi dell'ambito territoriale sono presentati nelle schede fornite dal dipartimento ASSI dell'ASL e nelle schede di rilevazione della Regione Lombardia, inviate all'ASL unitamente al Piano.

Si segnalano, brevemente, i *bisogni* evidenziati dai soggetti coinvolti nel piano di zona: un incremento del disagio nelle fasce minorili che tende a manifestarsi ad una età sempre più bassa, come presentato dai dirigenti scolastici e dagli operatori che si occupano di tutela; la presenza di disabili con patologie di sempre maggiore gravità e quindi bisognosi di più assistenza (come attestato dalle diagnosi della NPI) e nello stesso tempo l'emergere di un bisogno di integrazione sociale dopo il periodo scolastico che spesso non trova risposta; l'aumentare della popolazione anziana come trend demografico ormai consolidato e della necessità quindi di porsi in un'ottica di variabilità e flessibilità degli interventi e di sostenibilità dei costi dei servizi di assistenza socio-sanitaria in termini di sempre maggiore quantità e nel lungo periodo; l'emergere di situazioni multiproblematiche di forte disadattamento ed emarginazione grave (immigrati, psichiatrici, alcoolisti, ecc) che si rivolgono ai servizi.

Sul piano dell'offerta si possono evidenziare:

Punti di forza: la presenza nella quasi totalità dei comuni dell'ambito di un servizio sociale professionale; un livello dei servizi abbastanza significativo e articolato rispetto alla media della provincia di Bergamo; un trend generalizzato di investimento nelle politiche sociali in costante aumento; la presenza di alcuni servizi e interventi di buona qualità soprattutto nell'area della prevenzione giovanile, dell'inserimento sociale disabili (SFA) e dei servizi di assistenza domiciliare per anziani; un territorio "ricco" di soggetti di terzo settore (organizzazioni di volontariato, cooperative, IPAB, caritas ecc).

Da collocare tra i punti di forza anche il livello di professionalità, pensiero e disponibilità degli operatori pubblici e privati presente nell'ambito, quale risorsa da capitalizzare e valorizzare nel processo di cambiamento in atto.

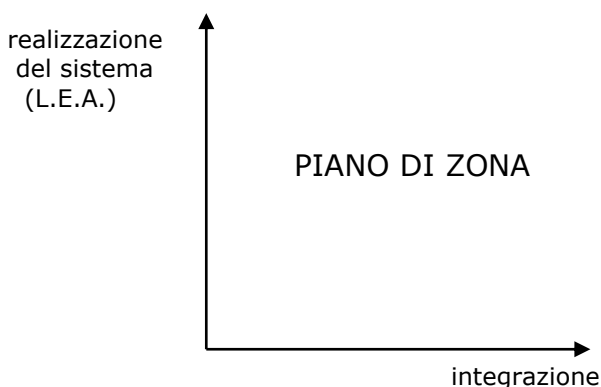
Punti di debolezza: la disomogeneità della presenza dei servizi tra i comuni dell'ambito, con alcuni enti che offrono molti servizi per diverse tipologia di utenza e altri con una presenza minima degli interventi; la frammentarietà e l'insufficienza di risorse professionali impiegate nella tutela minori, unitamente ad uno scollamento tra gestione ASL e competenza economica dei comuni; la mancanza di un sistematico servizio di assistenza domiciliare minori, che consentirebbe di intervenire in termini preventivi su diverse situazioni; l'assenza di un sistema di presa in carico articolato, integrato e multiprofessionale di secondo livello (soprattutto nell'area disabili e grave emarginazione) che consentirebbe la gestione delle situazioni più complesse, permettendo alle assistenti sociali comunali di focalizzarsi su un segretariato di primo livello e soprattutto sul lavoro di promozione e raccordo delle risorse locali; l'insufficienza di centri socio-educativi per disabili e di interventi educativi territoriali, come di una comunità alloggio; la dispersione, duplicazione e parzialità delle informazioni offerte ai cittadini, soprattutto anziani; la ridotta possibilità di fare ricorso a ricoveri di sollievo per anziani, ma non solo; la mancanza di collegamento e condivisione operativa con i servizi specialistici dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera (CPS, SERT, NPI, ecc.); l'insufficienza delle risorse dedicate al servizio distrettuale per inserimenti lavorativi; la difficoltà di integrazione tra interventi promossi dagli enti pubblici e dai soggetti territoriali, in particolare del volontariato.

5.b OBIETTIVI STRATEGICI

Dal titolo della legge stessa ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") e in particolare dell'art.19 e 22 della legge n.328/00 è possibile individuare due finalità generali attese dal Piano di Zona:

- 1) la *realizzazione del sistema*, in termini di razionalizzazione dei servizi esistenti, di implementazione di nuovi interventi, di incremento delle opportunità, di garanzia dell'attuazione dei livelli essenziali di assistenza;
- 2) la realizzazione di un *sistema integrato*, sul piano istituzionale, organizzativo e professionale.

Queste due finalità (realizzazione del sistema e integrazione) ribadiscono ulteriormente l'opportunità rappresentata dalla redazione del Piano di zona per il nostro territorio.



Finalità: 1) realizzazione del sistema

Macro indicatori:	Risultati attesi (standard):
Attuazione dei L.E.A.	Implementare servizi e interventi almeno per due livelli essenziali di assistenza (segretariato sociale e domiciliarità)
Numero di progetti e/o servizi promossi dal piano	Attuazione nella prima annualità (anno 2003) di almeno 7 dei 9 progetti programmati e di almeno 2 delle 3 azioni previste
Gestione associata dei nuovi interventi	Attivazione di un ufficio amministrativo di piano per gli aspetti gestionali
Costruzione di un sistema informativo distrettuale	Monitoraggio e produzione di report sullo stato dei servizi almeno due volte l'anno

Finalità: 2) costruzione di un sistema integrato

Macro indicatori:	Risultati attesi (standard):
Accordo di programma sottoscritto da più attori possibili	Adesione di almeno 20 soggetti territoriali
Promozione di contenitori organizzativi di ambito per progetti specifici con risorse comunali e dell'ASL	Sperimentazione dell'"Agenzia minori" e del sistema di presa in carico disabili
Numero di equipe multiprofessionali	Almeno 7: 3 area minori, 2 area disabili, 1 area anziani, 1 inserimenti lavorativi
Numero dei protocolli d'intesa redatti tra i diversi attori del sistema per il raccordo delle funzioni.	Almeno 6, in particolare tra segretario sociale comunale ed equipe di secondo livello

5.c PRIORITA' DI INTERVENTO

Alla luce delle finalità strategiche di cui sopra e tenuto conto dell'analisi dei bisogni, dei punti di forza e debolezza dei servizi esistenti, si indicano per la prima annualità del piano due priorità di intervento:

⇒ l'attuazione sistematica nell'ambito del Livello essenziale di assistenza (LEA) "servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e la consulenza al singolo e alle famiglie", da realizzarsi mediante 4 progetti:

- 1) realizzazione di un "contenitore organizzativo di ambito" (agenzia minori) per la tutela minori, a cui afferiscano tutte le risorse professionali oggi utilizzate dall'ASL e quelle aggiuntive necessarie al fabbisogno finanziate con le risorse della 328, come da proposta di intesa/accordo con il distretto ASL;
- 2) implementazione di equipe sovracomunali per la presa in carico del "progetto di vita" dei disabili e le loro famiglie;
- 3) promozione di un'equipe multiprofessionale di ambito per gli inserimenti lavorativi;
- 4) avvio di un'equipe multiprofessionale di ambito per la presa in carico delle situazioni più complesse di anziani bisognosi;

⇒ la realizzazione di nuovi servizi a sostegno della domiciliarità nella direzione di un potenziamento del LEA "assistenza domiciliare", da realizzarsi attraverso 3 progetti:

- 5) attivazione di un servizio di assistenza domiciliare educativa per minori, gestito a livello distrettuale di ambito;
- 6) disponibilità di alcuni posti di ricovero di sollievo per persone anziane da realizzarsi mediante convenzione con le case di riposo presenti nell'ambito;
- 7) sperimentazione di buoni socio-assistenziali finalizzati al mantenimento al domicilio di situazioni di fragilità sociale.

Sulla base dell'analisi dei bisogni e delle valutazioni espresse sul sistema di risposta, il Piano di zona prevede altri due progetti ad integrazione di quelli sopra individuati:

- 8) istituzione di un fondo sociale di ambito per contributi alle famiglie affidatarie e inserimenti di minori in strutture residenziali;
- 9) avvio della costruzione di un sistema di presa in carico della grave emarginazione in condivisione con il terzo settore.

La prospettiva di un ampliamento del CSE presente nell'ambito (a Verdellino) completa il quadro dei servizi e degli interventi previsti dal Piano di zona nella prima annualità.

5.d I PROGETTI

5.d.1 AREA MINORI

5.d.1.1 "Contenitore organizzativo di ambito" (agenzia minori)

LEA n°1	<i>SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETARIATO SOCIALE PER L'INFORMAZIONE E LA CONSULENZA AL SINGOLO E ALLE FAMIGLIE</i>
Priorità	E' prioritario promuovere un livello di segretariato e di presa in carico dei minori che chiarisca, in un ottica di intesa/accordo con l'ASL chi fa cosa e chi paga cosa, nell'ambito di una normativa che è contraddittoria in materia, di una graduale dismissione del servizio da parte dell'ASL (soprattutto per quanto riguarda le assistenti sociali), di una salvaguardia dei livelli di professionalità del servizio e di una sostenibilità economica dello stesso di fronte all'aumentare dei bisogni evidenziati da tutti i soggetti interessati.
Modalità organizzative di attuazione	Si prefigura la realizzazione di un " contenitore organizzativo di ambito" (agenzia minori) a cui afferiscano tutte le risorse professionali oggi utilizzate dal ASL per la tutela minori e quelle aggiuntive necessarie al fabbisogno, finanziate (acquistate) con le risorse 328. Si configurano 4 livelli di intervento: - livello comunale: segretariato sociale comunale per informazione, consulenza e invio dei casi - livello sovraterritoriale: 3 equipe di presidio (psicologo + ass.soc.) per la presa in carico e gestione dei casi - livello di ambito: consultorio familiare - livello provinciale: funzioni consultoriali specialistiche L'Agenzia Minori si configura, per la prima annualità (in attesa di individuare la forma giuridica per la gestione associata dei servizi), come struttura organizzativa e non giuridica, nel senso che gli operatori ASL e "acquistati" dai comuni con fondi 328 saranno affidati all'agenzia con una sorta di "comando", formalizzato nell'accordo di programma, in base al quale da un punto di vista economico e giuridico dipenderanno ancora dall'ente presso il quale sono assunti (comuni e ASL) mentre da un punto di vista funzionale e organizzativo lavoreranno insieme e dipenderanno tutti da un unico responsabile dell'agenzia (il coordinatore sociale di distretto in qualità di componente dell'ufficio di coordinamento di piano), che avrà come riferimento politico il responsabile di distretto e i comuni.
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Si prevedono la stipula di protocolli d'intesa con le agenzie territoriali (scuola, pediatri, ecc.) per l'invio diretto dei casi all'equipe sovraterritoriali senza il passaggio al segretariato comunale di base
Concertazione con l'ASL	Accordo di programma per la realizzazione del "contenitore organizzativo di ambito" (agenzia minori) Stipula protocolli d'intesa per la definizione delle competenze consultorio ed equipe sovraterritoriali e per le regolazione dei rapporti tra le due organizzazioni
Qualificazione e ripartizione della spesa	L'ipotesi minima di personale per la gestione minori associata e il consultorio familiare è di 5,5 psicologi e 7 assistenti sociali. Attualmente il distretto impiega per queste funzioni 4,5 psicologi e 4,5 assistenti sociali.

	<p>La proposta di ripartizione delle spese è:</p> <ul style="list-style-type: none"> √ conferma delle risorse attualmente impiegate dal distretto (4,5 psicologi e 4,5 assistenti sociali) √ finanziamento/acquisto delle 2,5 assistenti sociali necessarie mediante fondo 328 di € 72.300,00 (140.000.000 di vecchie Lire) √ utilizzo delle risorse in budget al distretto per una nuova assistente sociale e mezzo per finanziamento/acquisto di uno psicologo
Iniziative di formazione	Promozione percorso di formazione per operatori di segretariato di base ed equipe sovraterritoriali per costruzione procedura di invio e condivisione dei progetti

Il progetto sopra presentato, la soluzione organizzativa indicata e l'ipotesi di accordo con il distretto sono coerenti all'indicazione politica espressa in sede di consiglio di rappresentanza dei sindaci allargato ai presidenti delle assemblee di distretto circa la tutela minori, in base alla quale non può essere accolta la pretesa dell'ASL che punta a mettere a carico dei comuni il 100% dei costi delle assistenti sociali per il consultorio e per la tutela minori sulla base dell'indicazione del PSSR.

I comuni hanno ribadito che i costi delle assistenti sociali attualmente sostenuti dall'ASL restino in carico al servizio sanitario nazionale in base alla L.R. 31/97 ("l'ASL gestisce le funzioni socio-assistenziali a rilevanza sanitaria nell'area materno infantile) e ai L.E.A. socio-sanitari del novembre 2001 (il SSN finanzia le prestazioni sociali nell'area maternità ed infanzia), valutando eventualmente la possibilità di un potenziamento dell'esistente mediante le risorse aggiuntive 328/00.

L'ipotesi di accordo suggerita sembra essere pertanto quella più praticabile per garantire livelli adeguati di risposta ai bisogni.

5.d.1.2 Servizio di assistenza domiciliare minori (ADM) sovracomunale

LEA n°3	ASSISTENZA DOMICILIARE
Priorità	Implementazione sul territorio di un servizio di assistenza domiciliare minori (ADM) sovracomunale , oggi mancante e invece necessario. Tale servizio assorbirebbe gli interventi di ADM ogni promossi sporadicamente da alcuni Comuni
Modalità organizzative di attuazione	<p>L'attuazione di tale servizio va collocata all'interno della questione "accreditamento - voucher", nel senso che il PSSR e la circolare regionale del 29.04.02 spingono affinché i servizi domiciliari siano gestiti in questo modo e cioè mediante l'erogazione di buoni-servizio spendibili dalle famiglie presso i soggetti accreditati.</p> <p>Anche in questo caso si ritiene di fare propria l'indicazione politica espressa dal consiglio di rappresentanza dei sindaci allargato ai presidenti delle assemblee di distretto e cioè di sospendere, in attesa di criteri provinciali di accreditamento (sulla base anche delle direttive regionali non ancora emanate), processi di accreditamento zonali e quindi la possibilità di erogare voucher, lasciando ogni ambito libero di gestire i servizi secondo le ordinarie modalità che ciascuno riterrà più opportuno.</p> <p>In proposito si ritiene di preferire una modalità organizzativa di attuazione mediante affidamento esterno a cooperative sociali.</p>
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Ipotesi di affidamento della gestione del servizio alle cooperative già presenti nell'ambito attraverso un processo di negoziazione, previsto dalla 328/00, e chiedendo loro di mettere a disposizione risorse proprie, con l'impegno di promuovere un approfondimento, con le cooperative sociali e non solo, attorno alla individuazione di

	criteri di accreditamento non solo formali ma anche di qualità dei soggetti e di valutazione delle prestazioni
Concertazione con l'ASL	Gestione del servizio mediante le equipe sovraterritoriali di ambito
Qualificazione e ripartizione della spesa	Si ipotizza un fondo di ambito 328 di € 103.300,00 (L.200.000.000) per un servizio rivolto a 10-15 utenti per una media di 7+1 ore settimanali di intervento
Iniziative di formazione	Consulenza – percorso per la costruzione criteri di accreditamento e utilizzo di voucher

5.d.1.3 Fondo sociale di ambito

LEA n°5	<i>CENTRI DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALI O DIURNI A CARATTERE COMUNITARIO</i>
Priorità	→ Creazione di un fondo sociale di ambito per contributi famiglie affidatarie e inserimenti di minori in strutture residenziali → Omogeneizzazione del contributo alle famiglie affidatarie L'idea è quella di evitare che un singolo comune "sfortunato" con diversi minori in affido o comunità spenda tutto il suo bilancio sociale per questi interventi e, nello stesso tempo, individuare un solo soggetto che costruisce i progetti e gestisce le risorse superando la separazione tra chi decide e chi paga
Modalità organizzative di attuazione	Gestione unica del fondo mediante le strutture di ambito
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Definizione di procedure gestionali e amministrative tra equipe sovracomunali, comuni singoli, soggetti gestori dei servizi e famiglie affidatarie
Concertazione con l'ASL	
Qualificazione e ripartizione della spesa	Il fondo sociale di ambito finanzierebbe al 100% i contributi alle famiglie affidatarie (L.700.000/mese) e al 50% con i comuni interessati gli inserimenti in strutture residenziali Il fondo ipotizzato sui dati attuali (30 affidi e 10 inserimenti in comunità) è di € 263.400,00 (510.000.000 di vecchie lire), finanziato con € 103.300,00 (L.200.000.000) quota 328 e € 160.100,00 (L.310.000.000) con quota capitaria di € 1,29/ab. (L.2.600/ab), già ricompresa nella spesa storica che i comuni devono garantire. In caso di necessità c'è l'impegno dei comuni di elevare la quota capitarla da corrispondere al fondo sociale.

5.d.2 AREA ADULTI/IMMIGRATI/GRAVE EMARGINAZIONE

E' necessario innanzitutto definire i "confini" dell'area di intervento ovvero specificare chi sono i destinatari di una area potenzialmente molto vasta rientrante nella categoria adulti/immigrati/nuove povertà.

I destinatari e la funzione di servizio sociale rientrati nell'area è sottoriportata:

destinatari	ADULTI IN DIFFICOLTA'		ADULTI IN SITUAZIONE DI EMARGINAZIONE
	ITALIANI	IMMIGRATI	ITALIANI E IMMIGRATI
Funzione/approccio	AUTOPROMOZIONE	SOSTEGNO NELLA CREAZIONE DI RISORSE	COSTRUZIONE DELLA RETE E DELLE ABILITA' SOCIALI

Avendo presente questa ripartizione è stato formulato il seguente progetto:

5.d.2.1 Avvio di un sistema di presa in carico di ambito

LEA n°1	<i>SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETARIATO SOCIALE PER L'INFORMAZIONE E LA CONSULENZA AL SINGOLO E ALLE FAMIGLIE</i>
Priorità	E' prioritario definire un livello di segretariato e di presa in carico degli adulti in difficoltà e in situazione di grave emarginazione che tenga conto della complessità delle problematiche in gioco e dei diversi soggetti territoriali e servizi già presenti in questa area.
Modalità organizzative di attuazione	Si prefigura la realizzazione di un sistema articolato su 4 diversi livelli di intervento : - livello comunale: segretariato sociale comunale per analisi della domanda e dei bisogni, orientamento e informazione, presa in carico delle situazioni gestibili con le risorse a disposizione a livello comunale (adulti italiani in difficoltà) - livello sovraterritoriale: 4 sportelli di informazione, mediazione, ascolto e accoglienza delle situazioni che presentano problematiche non gestibili con le sole risorse locali (immigrati senza problematiche particolari o in difficoltà, situazione di emarginazione grave) - livello di ambito: a) sportello psicologico di informazione accoglienza e orientamento per la presa in carico delle situazioni problematiche b) presa in carico e gestione delle situazioni di grave emarginazione c) gruppo di coordinamento 328/00 per mappatura risorse e bisogni, monitoraggio progetto, supervisione, richiesta di finanziamenti; - livello provinciale: protocolli d'intesa con i servizi specialistici per funzioni specialistiche (CPS, SERT, ...) (schema di seguito)
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Si prevedono la stipula di protocolli d'intesa con i soggetti territoriali e in particolare con i Centri di Primo Ascolto della Caritas di Dalmine e Mozzo, riconoscendoli come sportelli sovraterritoriali per adulti in difficoltà, soprattutto immigrati, insieme allo sportello immigrati di Ciserano e Azzano, e per l'invio degli utenti al "polo distrettuale di ambito" di presa in carico

<p>Concertazione con l'ASL</p>	<p>Da definire. In particolare v'è esplicitato il livello di coinvolgimento del Consultorio familiare e la funzione psicologica lì presente all'interno dello sportello psicologico di presa in carico distrettuale</p>
<p>Qualificazione e ripartizione della spesa</p>	<p>Per la prima annualità del Piano di Zona si è deciso di non destinare risorse specifiche del fondo 328 a questo progetto, indicando come prima azione di avvio di un sistema di presa in carico la ridefinizione del raccordo tra livello comunale e sovracomunale, da attuarsi mediante un percorso formativo congiunto, operatori pubblici e del privato, e la stipula di apposite intese tra i due livelli. Si utilizzeranno le risorse di ambito previste per la formazione.</p>
<p>Iniziative di formazione</p>	<p>Promozione percorso di formazione per operatori di segretariato sociale di base (operatori comunali e dei centri di primo ascolto) per la condivisione degli strumenti di lettura, di presa in carico e invio ai livelli sovracomunali (1^a azione del progetto)</p>

5.d.3 AREA DISABILI

5.d.3.1 Sistema di presa in carico disabili

LEA n°1	<i>SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETARIATO SOCIALE PER L'INFORMAZIONE E LA CONSULENZA AL SINGOLO E ALLE FAMIGLIE</i>
Priorità	E' prioritario definire un livello di segretariato e di presa in carico dei disabili, in particolare "gravi" e/o adulti in ambito territoriale , che chiarisca, in un ottica di intesa/accordo con la Neuropsichiatria Infantile e il distretto ASL, chi fa cosa e chi paga cosa, tenendo conto della scarsità delle risorse sia della NPI che del distretto, dei bisogni crescenti, delle aspettative della famiglia e delle esigenze delle agenzie territoriali (scuola) che non sanno a chi "inviare" i casi in questione.
Modalità organizzative di attuazione	<p>Si prefigura la realizzazione di equipe sovracomunali per la presa in carico, unitamente alla NPI, dei disabili e in particolare della dimensione familiare e territoriale ("progetto di vita").</p> <p>Si configurano 4 livelli di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - livello comunale: segretariato sociale comunale per informazione, consulenza e invio dei casi - livello sovraterritoriale: 3 equipe di presidio (psicologo + ass.soc. + educatore) per la presa in carico e gestione dei casi - livello di ambito: Neuropsichiatria Infantile (dell'Azienda Ospedaliera di Bergamo e Treviglio) - livello provinciale: funzioni di consulenza sanitaria per disabili adulti (Ambulatorio H) <p>→ nell'ipotesi sopra indicata è fondamentale definire con adeguati protocolli d'intesa cosa fanno le equipe sovracomunali dell'ambito distrettuale rispetto alla NPI e quale relazione tra le due organizzazioni: si veda in proposito lo schema di seguito;</p> <p>→ il modello proposto ipotizza la presenza nelle equipe sovracomunali di "nuove" assistenti sociali, aggiuntive a quelle del segretariato comunale di base; nel corso del lavoro era emersa anche l'ipotesi che l'assistente sociale delle equipe fosse quella dei singoli comuni ("equipe variabile"). La prima ipotesi risulta più vantaggiosa per i piccoli comuni, la seconda per i comuni più grandi che hanno più assistenti sociali disponibili anche per la presa in carico. Pertanto rimane aperta la possibilità in una seconda fase di concordare eventuali "deroghe" al modello proposto previo monitoraggio di una prima implementazione.</p>
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Da approfondire l'opportunità di una stipula di protocolli d'intesa con le agenzie territoriali (scuola, altri servizi, ecc.) per l'invio diretto dei casi all'equipe sovraterritoriali senza il passaggio al segretariato comunale di base
Concertazione con l'ASL	<p>Stipula protocolli d'intesa per la definizione delle competenze dell'ambulatori H ed equipe sovraterritoriali e per le regolazione dei rapporti tra le due organizzazioni</p> <p>Accordo di programma per la definizione della partecipazione dello psicologo del distretto alle equipe sovracomunali</p>
Qualificazione e ripartizione della spesa	L'ipotesi di personale per la promozione delle equipe sovracomunali disabili è di minimo 9 figure professionali: 3 equipe di 1 assistente sociali, 1 psicologo e 1 educatore (part-time) ciascuna (più altri

	<p>specialisti recuperati in relazione al bisogno dalla NPI) La ripartizione dei costi deve tenere conto del minimo investimento in tale area da parte del distretto (e quindi dall'assenza di personale dedicato), del sempre minore investimento della NPI nel lavoro territoriale e dei contenuti del PSSR che mettono in carico al SSN anche le funzioni dell'assistente sociale, per lo meno per gli aspetti di valutazione diagnostica, e dell'educatore. Si propone il seguente accordo di ripartizione dei costi:</p> <table border="1" data-bbox="496 495 1342 680"> <thead> <tr> <th>Comuni</th> <th>Distretto</th> <th>NPI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 assistenti sociali</td> <td colspan="2">3 psicologi</td> </tr> <tr> <td>3 educatori (part-time)</td> <td></td> <td>Neuropsichiatria</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Fisioterapista</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Altri specialisti</td> </tr> </tbody> </table> <p>Rispetto ai 3 psicologi è chiaro il finanziamento da parte del SSN: NPI e distretto dovranno definire la rispettiva quota di finanziamento (rispettivamente per la diagnosi/valutazione e per il lavoro territoriale). La fattibilità di quanto appena sopra risulta, sulla base delle informazioni raccolte, abbastanza problematica e pertanto le modalità di attuazione del progetto dovranno essere attentamente monitorate, prevedendo eventuali cambiamenti. Il fondo 328 richiesto per questa azione è pertanto di € 111.000,00 (215.000.000 di vecchie lire.)</p>	Comuni	Distretto	NPI	3 assistenti sociali	3 psicologi		3 educatori (part-time)		Neuropsichiatria			Fisioterapista			Altri specialisti
Comuni	Distretto	NPI														
3 assistenti sociali	3 psicologi															
3 educatori (part-time)		Neuropsichiatria														
		Fisioterapista														
		Altri specialisti														
Iniziativa di formazione	Promozione percorso di formazione per operatori di segretariato di base ed equipe sovraterritoriali per costruzione procedura di invio e condivisione dei progetti															

5.d.3.2 Ampliamento CSE di Verdellino

LEA n°3-4	<i>ASSISTENZA DOMICILIARE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER SOGGETTI CON FRAGILITA' SOCIALI</i>
Priorità	I dati in possesso evidenziano l'indispensabilità della presenza di un Centro socio-educativo (CSE) di 30 posti a Verdellino , tenuto conto anche soltanto delle prossime dimissioni di 7 disabili dalla scuola potenziata e dalla previsione del solo comune di Dalmine di 5 posti tra qualche anno, tali da far ritenere insufficiente l'aumento a 20 posti del CSE di Verdellino;
Modalità organizzative di attuazione	L'ipotesi è quella di prevedere un CSE per disabili gravi gestito in forma flessibile, con frequenze anche part-time o parziali tali da coinvolgere un numero di utenti superiore ai 30 posti autorizzati. Si prevedono la stipula di protocolli d'intesa tra le agenzie territoriali (scuola) e i servizi comunali per la gestione di progetti integrati, nell'ambito della presa in carico da parte delle equipe sovraterritoriali
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Affidamento della gestione a cooperativa sociale
Concertazione con l'ASL	Impegno nell'accordo di programma alla concessione dell'autorizzazione al funzionamento per 20 posti e dopo gli adeguamenti strutturali per 30 posti

	Equipe sovraterritoriali
Qualificazione e ripartizione della spesa	Conferma del finanziamento CSE sulla base dell'intesa Comuni – ASL: fondo sociale a carico dell'ASL e quota di € 3873,43 (L.7.500.000) per ogni inserimento carico dei singoli bilanci comunali.
Iniziative di formazione	

5.d.4 AREA ANZIANI

5.d.4.1 Equipe distrettuale multiprofessionale

LEA n°1	<i>SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETARIATO SOCIALE PER L'INFORMAZIONE E LA CONSULENZA AL SINGOLO E ALLE FAMIGLIE</i>
Priorità	Si prevede la promozione di una equipe distrettuale multiprofessionale (assistente sociale, medico, infermiere, psicologo, ecc) per la presa in carico delle situazioni più problematiche, che richiedono contemporaneamente più interventi (afferenti anche ad enti diversi) e quindi il concorso di più professionalità
Modalità organizzative di attuazione	L'equipe distrettuale multiprofessionale è composta da operatori del distretto (geriatra, infermiere, psicologo, ecc) e dall'assistente sociale dell'ambito unica per tutte le situazioni oppure del comune di volta in volta interessato, per favorire una maggiore integrazione tra i servizi ASL e comunali (ADI, SAD, interventi economici, ecc). L'idea è che l'assistente sociale di ambito o comunale si occupi anche delle prestazioni sociali in capo al distretto nell'area anziani (ricoveri di sollievo, ADI, indagini sociali, ecc.) evitando sovrapposizioni o duplicazioni di funzioni.
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	
Concertazione con l'ASL	Accordo di programma per la promozione della equipe distrettuale multiprofessionale: partecipazione dei propri operatori e riconoscimento dei costi sostenuti dall'ambito o ai comuni per conto del distretto.
Qualificazione e ripartizione della spesa	Non sono previsti costi aggiuntivi per l'equipe distrettuale finanziata dal distretto (geriatra, infermiere, psicologo, ecc) e dai comuni (assistente sociale), in quanto in virtù dell'assolvimento delle competenze sociali a carico dell'ASL da parte dell'ambito o dei comuni, il distretto riconoscerà ai comuni stessi il costo di un'assistente sociale.
Iniziative di formazione	Promozione percorso di formazione per operatori di segretariato di base ed equipe sovraterritoriale per costruzione procedura di invio e condivisione dei progetti

5.d.4.2 Ricoveri di sollievo

LEA n°2-3	<i>SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE PER LE SITUAZIONI DI EMERGENZA PERSONALI E FAMILIARI ASSISTENZA DOMICILIARE</i>
Priorità	Disporre di alcuni posti di ricovero di sollievo/pronto intervento per anziani all'interno del distretto, quale necessità sempre più evidente per la gestione di situazioni sociali problematiche
Modalità organizzative di attuazione	Accordo con le case di riposo dell'ambito e gestione dei ricoveri di sollievo a livello di ambito attraverso l'equipe distrettuale, su segnalazione dei comuni interessati (da approfondire il progetto previsto in Osio Sotto di un centro diurno integrato con 10 posti di ricovero di sollievo: a gestione comunale o di ambito?)

Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Convenzione con le case di riposo presenti nell'ambito (o con il Comune di Osio Sotto) per la disponibilità di 5 – 7 posti garantiti di ricoveri di sollievo
Concertazione con l'ASL	Attraverso l'equipe multiprofessionale
Qualificazione e ripartizione della spesa	L'ipotesi emersa dal gruppo di lavoro è quella di chiedere alle case di riposo alcuni posti extra rispetto a quelli accreditati, in quanto le CdR non possono lasciare "posti vuoti" accreditati per i quali non riceverebbero il contributo regionale e quindi il comune dovrebbe riconoscere il costo pieno. L'ipotesi, da approfondire, è un riconoscimento di un costo di L.150.000/gg (costo medio delle 5 RSA presenti) per ricovero. Per una previsione di 6 posti di sollievo il costo per l'ambito è di € 165.260,00 (320.000.000 di vecchie lire) di cui € 144.600,00 (L.280.000.000) fondo 328/00 e € 20.260,00 (L.40.000.000) di compartecipazione da parte dell'utenza. Il fondo effettivamente a disposizione, e quindi i posti convenzionati, potrebbe aumentare in previsione della contribuzione che verrà richiesta agli utenti e ai famigliari

5.d.4.3 Buoni socio-assistenziali

LEA n°3	<i>ASSISTENZA DOMICILIARE</i>
Priorità	Rispetto alle indicazioni regionali per i Piani di Zona (70% dei fondi devono essere destinati a sostegno della domiciliarità e alla continuità dei buoni socio-sanitari per anziani non autosufficienti erogati fino al 31.12.2002 dall'ASL), si ritiene di fare propria l'indicazione del consiglio di rappresentanza dei sindaci allargato ai presidenti delle assemblee di distretto, e cioè la non possibile prosecuzione nell'erogazione dei buoni socio-sanitari così come era prevista nella forma e nella sostanza dalla sperimentazione regionale 2001-2002 e il riconoscimento dell'autonomia di ogni ambito circa la quota da destinare a tale finalità. In proposito, si ritiene opportuno destinare un fondo per la sperimentazione dell'erogazione di buoni socio-assistenziali a sostegno dei bisogni domiciliari, con criteri da definire e finalizzati effettivamente a disincentivare l'inserimento in strutture protette delle persone, valutando anche la possibilità di utilizzarli per "regolarizzare" la situazione delle numerose aiutanti domiciliari immigrate presenti sul territorio
Modalità organizzative di attuazione	Approvazione regolamento da parte dell'assemblea dei sindaci Gestione attraverso l'ufficio amministrativo di ambito
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	Costruire canali privilegiati con i Centri di Primo Ascolto per la regolarizzazione delle aiutanti domiciliari e la costruzione di una sorta di elenco di persone accreditate per l'aiuto domiciliare
Concertazione con l'ASL	Supervisione dell'equipe distrettuale
Qualificazione e ripartizione della spesa	Per i buoni socio-assistenziali si propone di destinare una quota del fondo 328 di € 103.300,00 (200.000.000 di lire).

5.d.5 AREA DIPENDENZE/PSICHIATRIA/AIDS

5.d.5.1 Equipe distrettuale inserimenti lavorativi

	<i>SERVIZIO INSERIMENTI LAVORATIVI</i>
Priorità	Promuovere una equipe distrettuale inserimenti lavorativi che sia di supporto alle equipe di area (minori, disabili, psichiatria, ecc) per gli interventi di valutazione, proposta, abbinamento e accompagnamento degli inserimenti lavorativi
Modalità organizzative di attuazione	Si prevede la promozione di una equipe distrettuale composta da una psicologa part-time e due educatori professionali che supporti le equipe di area che, unitamente ai servizi specialistici, continuano ad avere in carico i soggetti. A tal fine le funzioni sociali connesse all'inserimento lavorativo saranno svolte dall'assistente sociale di area o dei servizi specialistici (CPS, SERT, ecc.) Compiti dell'equipe inserimenti lavorativi: √ valutazione diagnostica degli aspetti connessi all'inserimento lavorativo; √ reperimento di aziende; √ abbinamento; √ collegamenti con altre agenzia (Enaip, coop. Soc.) √ gestione borse lavoro Destinatari principali: disabili, psichiatrici, ex tossicodipendenti, ex carcerati
Modalità di integrazione con i soggetti territoriali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stipula di protocolli d'intesa per disciplinare il passaggio/invio degli utenti e la gestione congiunta dei casi sociali con le equipe di area e i servizi specialistici 2. riconoscimento dei contributi a destinazione vincolata a prestazione lavorative erogati dai comuni come tirocini lavorativi spendibili per un futuro inserimento
Concertazione con l'ASL	Accordo di programma per l'impiego della psicologa nella equipe di ambito
Qualificazione e ripartizione della spesa	La normativa attribuisce i costi degli inserimenti lavorativi ai comuni tranne la funzione di valutazione specialistica e supporto diagnostico. Concretamente significa che la psicologa part-time risulta a carico dell'ASL e i due educatori a carico del fondo di ambito 328. Si propone l'utilizzo di una somma di € 46.500,00 (90.000.000 di lire) per quanto sopra (tale somma potrebbe ridursi della metà in caso di accoglimento della domanda di contributo presentata su fondo sociale europeo con la coop. Spazio Giovani)
Iniziative di formazione	E' opportuna un percorso di formazione/consulenza congiunto tra equipe d'area e degli inserimenti lavorativi per la costruzione di un modello di lavoro condiviso

5.e AZIONI DI SISTEMA

Si possono individuare le seguenti azioni di sistema necessarie per sostenere gli attori pubblici e del terzo settore nella implementazione di nuovi modelli organizzativi, di procedure semplificate e di metodi di lavoro più flessibili e rispondenti alla domanda:

√ AZIONI DI CONSOLIDAMENTO

1) *stabilizzazione dell'organigramma ufficio di piano:*

si ritiene di consolidare l'organigramma e il processo decisionale sperimentato nella redazione del Piano di Zona, ritenuto un buon equilibrio tra partecipazione democratica, efficacia progettuale e decisionale: assemblea dei sindaci, comitato ristretto, ufficio di coordinamento di piano, assemblea degli operatori comunali, gruppi di lavoro composti da tecnici dei diversi soggetti territoriali (allegato 1);

2) *riconoscimento dei gruppi di lavoro di area:*

previa sistematizzazione di alcune rappresentanze, si esprime l'indirizzo di elevare ad organismi di governo progettuale-gestionale i gruppi di lavoro di area istituiti, attribuendo ad essi la funzione di pensiero, accompagnamento progettuale, monitoraggio e verifica degli interventi individuati e delle modalità di integrazione organizzativa degli stessi.

3) *ridefinizione delle rappresentanze:*

alcune delle partecipazioni ai gruppi di lavoro di area non si sono concretizzate come inizialmente previsto. Ciò vale in particolare per le associazioni.

E' evidente la difficoltà ad un raccordo tra le stesse e ancor più ad esprimere una rappresentanza rappresentativa. Del resto quest'ultimo aspetto risulta in parte condivisibile anche con altre categorie di soggetti invitati (parrocchie, Case di riposo, sindacati). Si dovrà dedicare del tempo a questo aspetto insistendo, da una parte, maggiormente con modalità di tipo consultivo che favoriscano dopo alcuni passaggi l'espressione di una rappresentanza tra le associazioni più interessate e, dall'altra, coinvolgendo organismi provinciali (Bottega del Volontariato) per incentivare un raccordo locale.

√ AZIONI DI SVILUPPO

1) *il Piano di zona "dentro" le comunità locali:*

si deve riconoscere che il processo di redazione del piano è stato un percorso "per addetti ai lavori": oltre ai tecnici comunali anche i rappresentati del terzo settore sono di fatto operatori sociali, quasi sempre professionali. Risulta invece strategico lavorare per costruire un'idea di piano di zona come 'patto della comunità locale', cercando di promuovere maggiore coinvolgimento dei diversi attori sociali.

Da questo punto di vista può risultare strategico la promozione di uno o più percorsi di tipo formativo da realizzarsi nei comuni, aperti a tutta la cittadinanza, con l'obiettivo di affiancare alla progettazione dei servizi la produzione di pensiero e una riflessione di tipo culturale. E' fondamentale che le finalità e l'organizzazione di questi percorsi siano condivisi con i diversi soggetti già coinvolti nella redazione del piano: Curia, cooperative, associazioni, sindacato ...

2) *l'individuazione della forma di gestione dei comuni associati*

la questione della forma di gestione da assumere per i servizi associati rappresenta sicuramente uno degli aspetti potenzialmente più innovativi di tutto il processo 328/00-piani di zona. I tempi ristretti di costruzione del primo piano di zona non hanno

consentito di affrontare tale problematica suggerendo per la prima annualità la forma di gestione del comune capofila, di cui dopo si dirà.

Diventa strategico attivare nel corso del 2003 un'azione di approfondimento delle forme di gestione possibili per i servizi sociali. L'idea è quella di promuovere un percorso che non parte dalle forme giuridiche possibili (azienda speciale, consorzio, spa, srl, ecc.) ma dalle questioni o domande connesse ad una gestione associata: cosa si vuole ottenere? Quali servizi si vogliono affidare: solo quelli del piano di zona o anche quelli attualmente gestiti dai singoli comuni o dell'ASL (es.ADI)? Soggetto terzo a partecipazione soltanto comunale o anche dell'ASL? Che rapporto con il terzo settore: dentro o fuori? Quale grado di autonomia riconoscere al nuovo soggetto giuridico? Di diritto pubblico o privato? Cosa mantenere come comuni e cosa delegare all'azienda? Quale distribuzione del potere decisionale tra consiglio comunale, giunta comunale, consiglio di amministrazione, direttore? Quali costi di funzionamento si è disponibili a sostenere?

Le diverse forme di gestione disponibili nell'attuale ordinamento offrono risposte diverse alle questioni sopra esposte: è importante valutare gli effetti di ciascuna in relazione ai risultati attesi. La forma giuridica prescelta sarà quella più coerente gli obiettivi individuati.

Si stabilisce che entro l'aggiornamento di piano per la seconda annualità (settembre 2003) l'assemblea dei sindaci esprima un preciso indirizzo a riguardo, valutando, sul piano operativo-organizzativo, i risultati prodotti dal contenitore organizzativo di ambito "agenzia minori", che assume la valenza di sperimentazione associata dei servizi.

5.f MODALITA' ORGANIZZATIVE

5.f.1 ... della struttura amministrativa e tecnico-gestionali per l'attuazione degli interventi

Nell'ambito di una prospettiva, da approfondire e valutare con attenzione, relativa alla promozione di un soggetto gestionale unitario di ambito dei servizi, in questa prima annualità gli elementi organizzativi-gestionali di piano sono costituiti da:

- a) individuazione di 3 livelli di gestione/conduzione del Piano di Zona:
 1. livello di indirizzo politico (assemblea dei sindaci di distretto e comitato ristretto composto da 5 sindaci indicati dall'assemblea, con possibilità di allargamento ad altri rappresentanti per temi di interesse)
 2. livello progettuale e di proposta (gruppi di lavoro di area)
 3. livello gestionale (responsabile di piano "distaccato" per 18 ore, ufficio di coordinamento di piano e ufficio amministrativo di piano);
- b) affidamento della gestione amministrativa-contabile al comune capofila di Dalmine;
- c) creazione, con accordo di programma, di contenitori organizzativi di ambito "misti" comune-ASL, dotati di autonomia gestionale/funzionale, assegnando ad essi le diverse figure professionali mediante una sorta "di comando", in base al quale da un punto di vista economico e giuridico dipenderanno ancora dall'ente presso il quale sono assunti (comuni e ASL) mentre da un punto di vista funzionale e organizzativo lavoreranno insieme e dipenderanno tutti da un unico responsabile (dell'ufficio di coordinamento di piano o da individuare);
- d) stesura di protocolli d'intesa per la definizione delle competenze, dei raccordi e dell'integrazione
- e) creazione di fondi sociali di ambito per il finanziamento di alcuni servizi/interventi a rilevanza distrettuale (affidi e inserimenti minori).

"Schema allegato"

5.f.2 ... dei servizi e degli interventi previsti;

Per la gestione degli interventi individuati si esprime un indirizzo generale per cui le equipe sovracomunali e distrettuali previste saranno gestite in economia (assunzioni a tempo determinato o incarichi liberi professionali), tranne in alcune situazioni in cui la specificità degli interventi e la presenza di soggetti territoriali competenti suggeriscono l'"acquisto", mediante intese, delle professionalità necessarie presso questi soggetti. Per l'attuazione dei servizi e degli interventi la gestione sarà esternalizzata a soggetti di terzo settore, privilegiando forme di negoziazione con associazioni di soggetti territoriali presenti nell'ambito.

5.g RISORSE FINANZIARIE, STRUTTURALI ED UMANE

√Risorse finanziarie:

Per quanto riguarda le risorse finanziarie complessivamente a disposizione per tutto il sistema dei servizi sociali dell'ambito si rimanda alle schede della circolare regionale 29.04.02 allegata e parte integrante del presente piano di zona.

In questa sede si rappresentano (pag. 32-33) le risorse finanziarie gestite a livello associato nel triennio di validità del Piano; per la prima annualità il fondo della L.328 è di € 790.915,00, di cui il 5% (€ 39.545,00) finalizzato al finanziamento di alcuni servizi a valenza provinciale (CRH, progetto carcere e territorio, comunità per minori affetti da AIDS, Hospice per malati cronici), determinando un fondo disponibile per l'ambito di € 751.372,48, che è stato suddiviso tra i progetti prima presentati nelle quote come in essi indicate.

Al fondo della L.328/00 si aggiungono € 206.580,00 (L.400.000.000) di risorse autonome comunali e € 20.660,00 (L.40.000.000) di compartecipazione da parte dell'utenza.

Da evidenziare che nella seconda e terza annualità il fondo a disposizione è incrementato di ulteriori € 42.278,84, quale fondo di riparto attribuito all'ambito di Dalmine e destinato all'erogazione di titoli sociali.

In riferimento alle indicazioni regionali secondo le quali il fondo della L.328/00 è destinato allo sviluppo di interventi volti al mantenimento a domicilio dei soggetti fragili (buoni) per una percentuale che tenda, nel triennio, al 70% e alla razionalizzazione e potenziamento dei servizi per una percentuale della quota assegnata che tenda, nell'arco del triennio, al 30%, il presente Piano, salvo quanto previsto al capitolo 4 "durata e validità del piano", prevede la destinazione di una quota per titoli sociali del 39% per la prima annualità, del 60% per la seconda annualità e del 65% nella terza annualità.

I Comuni si impegnano a verificare la possibilità di gestire in forma associata servizi di sostegno alla domiciliarità attualmente gestiti singolarmente; gestione associata da realizzarsi mediante l'erogazione di buoni-servizio, tale da destinare una quota del fondo L.328/00 per buoni e voucher pari al 70%.

√risorse strutturali:

Per la gestione associata del piano risultano disponibili: sedi comunali per segretariato di base, sedi presidi distretto ASL; da individuare: ufficio di piano, sedi equipe sovracomunali e distrettuali (da concordare con singoli comuni e il distretto), sistemazione locali CSE.

√risorse umane:

	Assistente sociale	psicologo	educatore	Altro	
<i>Ufficio di Piano:</i>					
Ufficio di coordinamento di piano		1		1*	2
Ufficio amministrativo				1*	1
Assemblea operatori/Gruppi di lavoro	18	2	3	8	31
<i>Servizi e interventi:</i>					
Agenzia minori	7 (2,5*)	5,5 (1**)			12,5
ADM			4*		4
Presi in carico disabili	3*	3**	3(p.t.)*		9
Equipe multiprofessionale anziani	1**			2	3
Equipe inserimenti lavorativi		1 (p.t.)	2*		3
	29	12,5	12	12	65,5

Altro = amministrativo, infermiere, medico, volontario, ecc.

In **neretto** le risorse umane da "acquistare": con * finanziate dall'ambito e con ** finanziate dall'ASL/A.O.

5.h MODALITA' DI INTEGRAZIONE, MODALITA' DI COLLABORAZIONE E DI COORDINAMENTO E DEFINIZIONE DI ACCORDI

Come già precedentemente indicato l'integrazione e la collaborazione tra comuni, ASL, terzo settore e altri soggetti costruisce una delle due finalità generali del Piano di Zona, forse la più significativa. Nella presentazione dei singoli progetti sono state ipotizzate le specifiche modalità di attuazione dell'integrazione tra i diversi soggetti.

In questa sede si riassumono le modalità generali attraverso le quali si intende promuovere *l'integrazione tra le prestazioni offerte dai servizi, in modo da fornire risposte complessive a bisogni differenziati che riguardano la stessa persona o la stessa famiglia*, e le *modalità di collaborazione e coordinamento tra i servizi pubblici e i soggetti del terzo settore operanti sul territorio e con gli organi periferici delle amministrazioni statali connesse*:

- gruppi di lavoro di area pubblico-privato per la progettazione e verifica degli interventi
- accordo di programma e protocolli d'intesa tra i diversi soggetti per il coordinamento e l'integrazione organizzativa e funzionale
- equipe multiprofessionali con il concorso di personale proveniente da enti diversi
- percorsi di formazione e accompagnamento congiunti per operatori appartenenti a livelli gestionali diversi (comunale, sovracomunale, distrettuale) e organizzazioni differenti (comuni, ASL, cooperative, associazioni, ecc.)

Una parte fondamentale nella riuscita del piano di zona sono la *definizione di accordi con l'Azienda sanitaria locale* (distretto e sede centrale) e con l'azienda ospedaliera per l'integrazione socio-sanitaria.

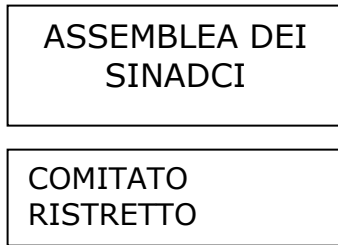
Il percorso di redazione del Piano attraverso il lavoro dei gruppi di area ha consentito di prefigurare la costruzione di "contenitori organizzativi" (equipe multiprofessionali, procedure condivise di presa in carico, ecc.) composti da personale proveniente dai comuni e dal distretto, quale prima tappa di un possibile nuovo soggetto gestore di ambito per i servizi sociali e socio-sanitari.

Sono stati inoltre pensati accordi non soltanto in termini organizzativi e funzionali ma anche di suddivisione dei costi e concorso alla spesa, cercando in tal modo di superare l'ambiguità della normativa in materia e di trovare soluzioni realistiche circa l'attuale disponibilità di risorse dell'ASL.

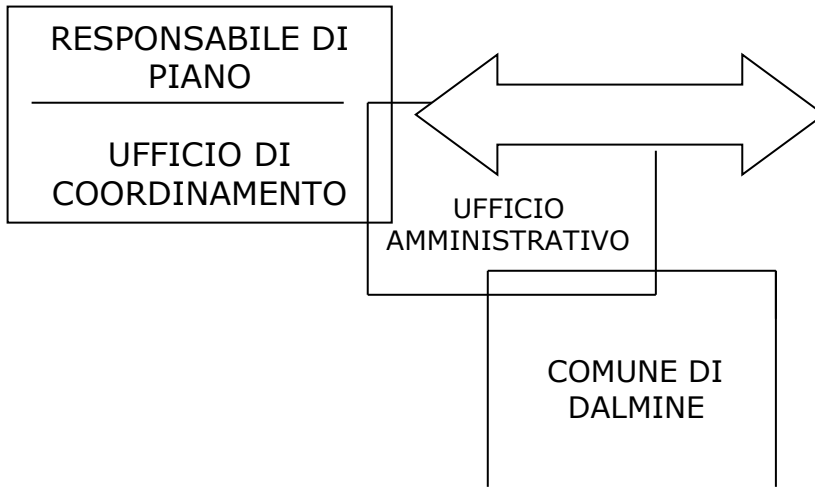
Le proposte di accordo più significative riguardano: la tutela minori, la presa in carico dei disabili, gli inserimenti lavorativi e la domiciliarità rivolta agli anziani.

Per quanto concerne gli accordi con i soggetti di terzo settore un aspetto significativo che vale la pena di sottolineare attiene al riconoscimento dei centri di primo ascolto della caritas di Dalmine e Mozzo quale sportelli sovracomunali di prima accoglienza di immigrati e adulti in difficoltà inseriti a piano titolo nel sistema di "servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e la consulenza al singolo e alle famiglie.

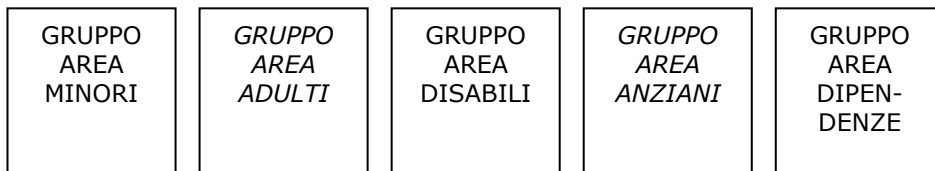
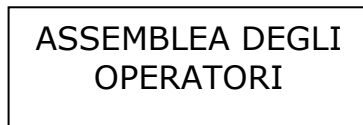
LIVELLO DI INDIRIZZO POLITICO



LIVELLO DI COORDINAMENTO E GESTIONALE



LIVELLO PROGETTUALE E DI PROPOSTA



LIVELLO DI AMBITO



LIVELLO COMUNALE



GLI ATTORI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Gli attori per la prima redazione del Piano di Zona per l'**"Area minori, adolescenti, giovani e responsabilità famigliari"** :

Ufficio di coordinamento di Piano: Cinquini dott. Mauro (Responsabile ufficio di piano - Comune di Dalmine) Finazzi dott. Alessandro (Distretto socio-sanitario di Dalmine)		
<i>PARTECIPAZIONE (gruppo di lavoro)</i>	<i>CONSULTAZIONE (incontri di confronto)</i>	<i>INFORMAZIONE (incontro informativo)</i>
COMUNI: 4 operatori – assistenti sociali	SCUOLE ELEMENTARI E MEDIE – ISTITUTI COMPRENSIVI	ASSOCIAZIONI SPORTIVE, CULTURALI, ECC. che lavorano con e per i minori
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO: un rappresentante		
COOPERATIVE SOCIALI: un rappresentante		
ORATORI: un rappresentante		

Gli attori per la prima redazione del Piano di Zona per l'**"Area adulti/immigrati/nuove povertà"** :

Ufficio di coordinamento di Piano: Cinquini dott. Mauro (Responsabile ufficio di piano - Comune di Dalmine) Finazzi dott. Alessandro (Distretto socio-sanitario di Dalmine)		
<i>PARTECIPAZIONE (gruppo di lavoro)</i>	<i>CONSULTAZIONE (incontri di confronto)</i>	<i>RELAZIONI PUBBLICHE (incontro informativo)</i>
COMUNI: 3 operatori – assistenti sociali	COOPERTIVE	
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO: un rappresentante	ENAIIP	
ASSOCIAZIONI: un rappresentante	ENTI DI PATRONATO	
NUOVO ALGERGO POPOLARE: un rappresentante	SCUOLE	
CARITAS: un rappresentante		

Gli attori per la prima redazione del Piano di Zona per l' "**Area disabili**":

Ufficio di coordinamento di Piano: Cinquini dott. Mauro (Responsabile ufficio di piano - Comune di Dalmine) Finazzi dott. Alessandro (Distretto socio-sanitario di Dalmine)		
<i>PARTECIPAZIONE (gruppo di lavoro)</i>	<i>CONSULTAZIONE (incontri di confronto)</i>	<i>RELAZIONI PUBBLICHE (incontro informativo)</i>
COMUNI: 4 operatori – assistenti sociali	ASSOCIAZIONI	
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO: un rappresentante	ENAIP	
NEURO PSICHIATRIA INFANTILE: un rappresentante	ENTI DI PATRONATO	
COOPERATIVE SOCIALI: un rappresentante		
SCUOLE STATALI E MATERNE PRIVATE: un rappresentante		

Gli attori per la prima redazione del Piano di Zona per l' "**Area anziani**":

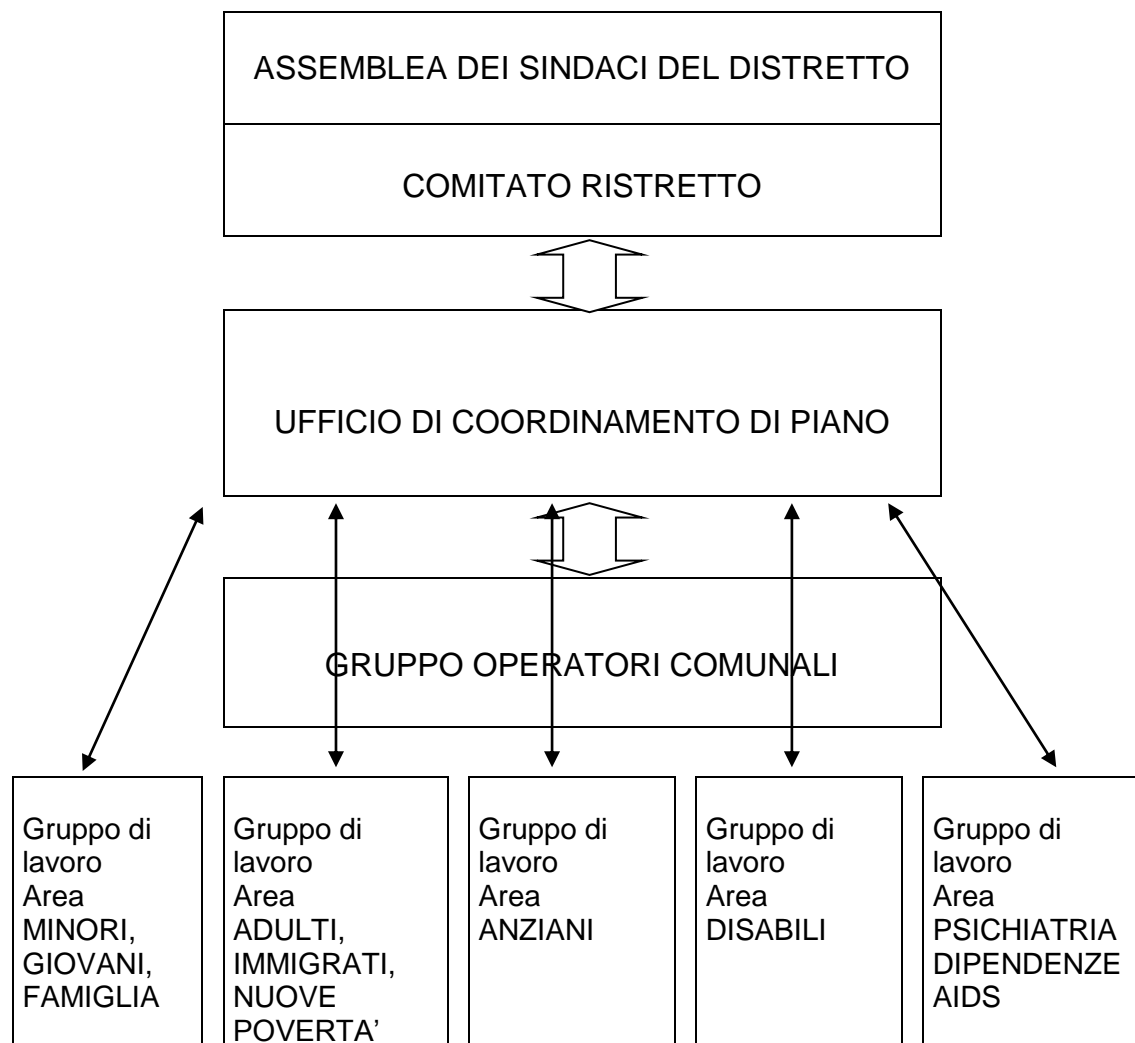
Ufficio di coordinamento di Piano: Cinquini dott. Mauro (Responsabile ufficio di piano - Comune di Dalmine) Finazzi dott. Alessandro (Distretto socio-sanitario di Dalmine)		
<i>PARTECIPAZIONE (gruppo di lavoro)</i>	<i>CONSULTAZIONE (incontri di confronto)</i>	<i>RELAZIONI PUBBLICHE (incontro informativo)</i>
COMUNI: 4 operatori – assistenti sociali		ASSOCIAZIONI
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO (ADI): un rappresentante		PARROCCHIE
FONDAZIONI-IPAB: un rappresentante		
COOPERATIVE SOCIALI: un rappresentante		
ENTI DI PATRONATI: un rappresentante		

Gli attori per la prima redazione del Piano di Zona per l'**"Area dipendenze, aids, psichiatria"**:

Ufficio di coordinamento di Piano: Cinquini dott. Mauro (Responsabile ufficio di piano - Comune di Dalmine) Finazzi dott. Alessandro (Distretto socio-sanitario di Dalmine)		
<i>PARTECIPAZIONE (gruppo di lavoro)</i>	<i>CONSULTAZIONE (incontri di confronto)</i>	<i>RELAZIONI PUBBLICHE (incontro informativo)</i>
COMUNI: 2 operatori – assistenti sociali	ASSOCIAZIONI DI INTERESSE	
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO: un rappresentante		
SERT: un rappresentante		
CENTRO PSICOSOCIALI: un rappresentante		

ORGANIGRAMMA UFFICIO DI PIANO (approvato dall'assemblea dei Sindaci il 14.04.02)

ALLEGATO 1



Composizione:

tutti i sindaci dell'ambito territoriale

5 sindaci (sede di presidio distretto ASL)

*Resp. ufficio di Piano:
Cinquini Mauro (Comune Dalmine) e
Finazzi Alessandro (coord. soc. ASL)*

operatori comunali

*3/4 tecnici comunali
3-4 rappresentanti 3° settore*

Funzioni:

indirizzo generale, definizione priorità e approvazione del piano

referente per il processo di redazione del piano

*. proposta
. elaborazione
. redazione del piano
. gestione del processo
. ademp. amministrativi*

collegamento con i servizi comunali e condivisione linee di lavoro dell'ufficio di coordinamento

*.definizione ipotesi progettuali
.integrazione tra i soggetti
.attuazione dei progetti e dei livelli essenziali (art.22)*

PIANO FINANZIARIO PRIMA ANNUALITA'

progetti/azioni	fondo L.328/00		fondi comunali		utenza		totale	
	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)
5% per provincializzazione CRH	39.545,00	76.572					39.545,00	76.572
Contenitore "agenzia minori"	72.300,00	140.000					72.300,00	140.000
ADM	103.300,00	200.000					103.300,00	200.000
Fondo sociale affidi e inserimenti	103.300,00	200.000	206.580,00	400.000			309.880,00	600.000
Sistema presa in carico disabili	111.000,00	215.000					111.000,00	215.000
Equipe distrettuale anziani	0,00	0					0,00	0
Ricoveri di sollievo	144.600,00	280.000			20.660,00	40.000	165.260,00	320.000
Buoni socio-assistenziali	103.300,00	200.000					103.300,00	200.000
Equipe inserimenti lavorativi	46.500,00	90.000					46.500,00	90.000
Percorsi di formazione	7.750,00	15.000					7.750,00	15.000
Responsabile di Piano	15.500,00	30.000					15.500,00	30.000
Amministrativo	23.200,00	45.000					23.200,00	45.000
Varie/spese di gestione	20.620,00	39.860					20.620,00	39.860
TOT.	790.915,00	1.531.432	206580	400000	20660	40000	1.018.155,00	1.971.432

Fondi L.328/00		
domiciliarità		LEA
servizi	titoli sociali	
		39.545,00
		72.300,00
	103.300,00	
	103.300,00	
		111.000,00
		0
144.600,00		
	103.300,00	
		46.500,00
		7.750,00
		15.500,00
		23.200,00
		20.620,00
144600,00	309900,00	336.415,00
57		43
18	39	43

PIANO FINANZIARIO SECONDA ANNUALITA'

progetti/azioni	fondo L.328/00		fondi comunali		utenza		totale	
	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)
5% per provincializzazione CRH	39.545,00	76.572					39.545,00	76.572
Contenitore "agenzia minori"	72.300,00	140.000					72.300,00	140.000
ADM	103.300,00	200.000					103.300,00	200.000
Fondo sociale affidi e inserimenti	103.300,00	200.000	206.580,00	400.000			309.880,00	600.000
Sistema presa in carico disabili	111.000,00	215.000					111.000,00	215.000
Equipe distrettuale anziani	0,00	0					0,00	0
Ricoveri di sollievo	144.600,00	280.000			20.660,00	40.000	165.260,00	320.000
Buoni socio-assistenziali	103.300,00	200.000					103.300,00	200.000
Equipe inserimenti lavorativi	46.500,00	90.000					46.500,00	90.000
Percorsi di formazione	7.750,00	15.000					7.750,00	15.000
Responsabile di Piano	15.500,00	30.000					15.500,00	30.000
Amministrativo	23.200,00	45.000					23.200,00	45.000
Varie/spese di gestione	20.620,00	39.860					20.620,00	39.860
5% fondo di riequilibrio	42.278,84	81.860					42.278,84	81.860
TOT.	833.193,84	1.613.292	206580	400000	20660	40000	1.060.433,84	2.053.292

Fondi L.328/00		
domiciliarità		LEA
servizi	titoli sociali	
		39.545,00
		72.300,00
	103.300,00	
	103.300,00	
		111.000,00
		0
	144.600,00	
	103.300,00	
		46.500,00
		7.750,00
		15.500,00
		23.200,00
		20.620,00
	42278,84	
0,00	496778,84	336.415,00
60		40
0	60	40

PIANO FINANZIARIO TERZA ANNUALITA'

progetti/azioni	fondo L.328/00		fondi comunali		utenza		totale	
	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)	euro	lire (in .000)
5% per provincializzazione CRH	39.545,00	76.572					39.545,00	76.572
Contenitore "agenzia minori"	72.300,00	140.000					72.300,00	140.000
ADM	103.300,00	200.000					103.300,00	200.000
Fondo sociale affidi e inserimenti	103.300,00	200.000	206.580,00	400.000			309.880,00	600.000
Sistema presa in carico disabili	111.000,00	215.000					111.000,00	215.000
Equipe distrettuale anziani	0,00	0					0,00	0
Ricoveri di sollievo	144.600,00	280.000			20.660,00	40.000	165.260,00	320.000
Buoni socio-assistenziali	103.300,00	200.000					103.300,00	200.000
Equipe inserimenti lavorativi	46.500,00	90.000					46.500,00	90.000
Percorsi di formazione	7.750,00	15.000					7.750,00	15.000
Responsabile di Piano	15.500,00	30.000					15.500,00	30.000
Amministrativo	23.200,00	45.000					23.200,00	45.000
Varie/spese di gestione	20.620,00	39.860					20.620,00	39.860
5% fondo di riequilibrio	42.278,84	81.860					42.278,84	81.860
TOT.	833.193,84	1.613.292	206580	400000	20660	40000	1.060.433,84	2.053.292

Fondi L.328/00		
domiciliarità		LEA
servizi	titoli sociali	
		39.545,00
		72.300,00
	103.300,00	
	103.300,00	
		111.000,00
		0
	144.600,00	
	103.300,00	
	46.500,00	
		7.750,00
		15.500,00
		23.200,00
		20.620,00
	42278,84	
0,00	543278,84	289.915,00
65		35
0	65	35

790915,00

833193,84

833193,84